

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N 76

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
CANCER EN TUNISIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles AÉBI

Ex-Interne des Hôpitaux de Tunis

Né le 9 Décembre 1899, à CLARAFOND (Hte-Savoie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleron, 42

—
1928

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER EN TUNISIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 76

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
CANCER EN TUNISIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 5 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR



Charles AÉBI

Ex-Interne des Hôpitaux de Tunis

Né le 9 Décembre 1899, à CLARAFOND (Hte-Savoie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1928

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY.
	LEUIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon).
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (André).	DEVIC.
SARVONAT.	RHENTER.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	NOEL.	MANCEAU.
ROCHAIX.	SANTÉ.	CHEVALIER.	MARTIN (Joseph).
CORDIER (V.).		DUMAS.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, président; PATEL, assesseur
MARTIN J. et WERTHEIMER agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

Témoignage de filiale et tendre
affection.

A MES FRÈRES ET SŒURS,

A MES AMIS,

A MES CAMARDES D'INTERNAT DE TUNIS,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD,
Professeur de Clinique Chirurgicale,
Officier de la Légion d'Honneur.

Il nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette Thèse, Nous lui ex-
primons nos très respectueux
remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAR,

*Dermatologiste de l'Hôpital civil Français
et de l'Hôpital Sadiki de Tunis.*

A MES CHEFS DE SERVICE DE TUNIS :

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD,

Médecin de l'Hôpital civil Français.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUQUET,

Chirurgien de l'Hôpital civil Français.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEHUCHER,

Chirurgien-accoucheur de l'Hôpital civil Français.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Avant-Propos

Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidés de leurs conseils et qui nous ont permis, par leur dévouement et leur bienveillante sollicitude d'arriver, aujourd'hui, au seuil de la carrière médicale.

Nos remerciements vont d'abord à M. le Professeur Tixier, qui fut notre premier maître et qui sut nous rendre agréable nos débuts dans l'étude de la pathologie chirurgicale; à M. le Docteur Desgouttes, qui voulut bien nous faciliter dans son service les premiers contacts avec les malades et nous familiariser à la pratique de la petite chirurgie; à M. le Docteur Rebattu, dont nous avons pu suivre pendant quelque temps les consultations, et qui fut pour nous un conseiller toujours bienveillant.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le Docteur Gouiloud, chirurgien honoraire de l'Hôpital Saint-Joseph et M. le Docteur Chabalier, médecin-chef, qui furent pour nous, des maîtres toujours dévoués à nous faire profiter de leur longue expérience clinique. L'accueil

qu'ils nous ont réservé dans leurs services, restera parmi nos meilleurs souvenirs.

M. le Docteur Cassar nous a fourni le sujet de cette thèse. Nous l'assurons de toute notre reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous guider de ses conseils.

Durant notre temps d'Internat à Tunis, M. le Docteur Gérard, médecin de l'Hôpital civil ; M. le Docteur Bouquet, chirurgien ; M. le Docteur Lehucher, chirurgien-accoucheur, nous ont réservé l'accueil le plus charmant ; qu'ils veuillent bien accepter ici l'hommage de notre gratitude et nos sincères remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Introduction

Les nombreuses statistiques parues jusqu'à ce jour, nous montrent que la fréquence du cancer peut varier beaucoup suivant les différentes régions du globe. Les travaux parus sur ce sujet pour la Tunisie, tendent à prouver que les tumeurs malignes y sont rares en général, et surtout chez les indigènes musulmans.

Molco, Veinberg, Vaquier et Lévy, qui les premiers émirent cette opinion, nous ont donné les résultats de leur pratique en clientèle, ou d'enquêtes faites auprès de plusieurs médecins de la Régence. Le Docteur Girard, dans sa thèse inaugurale en 1912, arrive aux mêmes conclusions, en étudiant les statistiques de quatre années, de 1908 à 1911.

Les constatations que nous avons pu faire durant notre temps d'internat aux Hôpitaux de Tunis, nous

ont amené à croire que le cancer est loin d'être une rareté chez l'Arabe tunisien et il nous a paru intéressant de reprendre la question, en examinant les statistiques hospitalières des dernières années.

Quelle valeur peut-on accorder aux chiffres que nous allons donner? Il est évident qu'ils peuvent être très discutés. Nous n'oublions pas que Bahsford, examinant plusieurs milliers de malades admis pour cancer dans les hôpitaux de Londres, trouvait 14 % d'erreurs dans les cancers superficiels et 41 % dans les tumeurs profondes. Et il s'agissait là, bien entendu, de malades traités dans les Hôpitaux et soumis à tous les moyens d'investigation.

Ce sont pourtant les seuls documents approchés dont nous disposions, les seuls qui nous donnent la garantie d'un examen complet du malade, et où nous puissions trouver, le cas échéant, la vérification du diagnostic dans un protocole d'autopsie.

La statistique administrative, surtout lorsqu'il s'agit d'une population comme celle de Tunisie, nous donnerait une proportion d'erreur impossible à fixer, mais certainement considérable, et nous amènerait à des conclusions très éloignées de la réalité.

Notre but étant d'attirer l'attention sur le nombre de cancers chez les indigènes musulmans, il est indispensable que nous établissions une comparaison entre les statistiques des différents éléments qui composent la population tunisienne et qui, bien que vivant dans des conditions à peu près semblables, se mélangent peu et ne se croisent jamais.

Nous avons tout d'abord l'indigène connu en France sous le nom d'Arabe, et que nous appellerons plus

exactement, l' « indigène musulman ». Cette partie de la population, de beaucoup la plus importante, est composée en proportion très inégale, de Berbères, de Kabyles, de Maures, de Turcs et de Nègres, qui tous, sous l'influence d'une même religion scrupuleusement pratiquée, ont pris les mêmes mœurs et adopté le même genre de vie.

Une autre partie de la population indigène est fournie par les Israélites tunisiens qui, par l'observance de certaines coutumes, de nombreux mariages consanguins et la pratique très stricte de leurs lois religieuses, forment un groupe nettement individualisé.

Les Européens proprement dits, comprennent des Français et des Italiens d'importation récente, des Anglo-Maltaï, fixés depuis longtemps dans le pays et enfin quelques autres Européens de différentes nationalités.

Le dernier recensement, réparti ainsi, ces différents éléments :

Français	22.206
Musulmans	79.175
Israélites	19.029
Italiens	49.592
Anglo-Maltaï et autres.....	8.674
TOTAL.....	171.676

Ceci pour la ville de Tunis, sur laquelle seule portera notre étude. Il eût été intéressant certes, d'établir la statistique de la Tunisie entière, la chose, actuellement est impossible, tant la proportion d'er-

reurs, lorsqu'on s'éloigne des grands centres devient considérable.

Nous estimons, par ailleurs, que les renseignements recueillis à Tunis, donnent des résultats comparés qui peuvent s'entendre pour le pays tout entier, où les différentes races sont représentées dans les mêmes proportions.

Nous étudierons donc le nombre des cancers observés à Tunis, d'une part chez les Indigènes musulmans, d'autre part chez les Européens et nous serons amenés à établir une comparaison entre les deux statistiques.

Nous verrons, sans avoir toutefois la prétention de juger en dernier ressort, que les tumeurs malignes, loin d'être une exception chez les Arabes, sont peut-être aussi fréquente que chez les Européens.

CHAPITRE II

Statistique de l'Hôpital Civil Français

L'Hôpital civil Français reçoit des Français, des Israélites, des Italiens, des Anglo-Maltaïes; si donc nous établissons pour cet Hôpital une proportion des malades entrés pour cancer, nous obtiendrons une statistique portant sur les représentants de toutes les races de la population tunisienne, à l'exclusion des Musulmans, qui n'ont accès qu'à l'Hôpital Sadiki.

De 1920 à 1925, sur un total de 19.366 malades entrés à l'Hôpital civil Français, nous en comptons 340 atteints de cancer, soit une proportion de 1.75 %, proportion sensiblement égale à celle des Hôpitaux de France.

Rapportée à une population de 100.000 habitants, cette statistique nous donnerait 60 cas de cancer. Or,

si nous considérons les statistiques des différents pays d'Europe, nous trouvons les chiffres suivants donnés par Bertillon :

Angleterre...	41	cancers pour 100.000 habitants
Ecosse	95	— —
Irlande	78	— —
Norvège	100	— —
Danemark ...	136	— —
Pays-Bas	101	— —
Prusse	71	— —
France	76	— —
Suisse	129	— —
Autriche	70	— —
Hongrie	42	— —
Espagne	48	— —
Italie	61	— —

La grosse majorité de la population européenne de Tunis se composant de Français et d'Italiens, le chiffre de 60 que nous donnons comme proportion de cancers rapportée à 100.000 habitants, peut être rapproché de ceux que nous indique la statistique de Bertillon : 76 pour la France, 61 pour l'Italie. Nous pouvons admettre que les tumeurs malignes atteignent la population européenne de Tunisie aussi fréquemment qu'en Europe.

Les 340 cancers que nous avons relevés à l'Hôpital civil Français, pendant la période de 1920 à 1925, se répartissent de la façon suivante d'après leurs localisations anatomiques :

Estomac	44	Ovaire	7
Uterus	80	Vessie	7
Sein	32	Testicule	2
Intestin	33	Langue	5
Foie	15	Maxillaire	1
Poumon	5	Pancreas	1
Œsophage	14	Face	8
Lèvres	15	Divers	53
Larynx	18		

Nous voyons que les organes le plus fréquemment atteints sont le tube digestif et les organes génitaux de la femme qui, à eux seuls, représentent les 2/3 des cas observés. Ceci encore est en rapport avec ce que nous indiquent les statistiques européennes, où nous trouvons les différents cancers classés dans l'ordre suivant, selon leur fréquence : 1° Estomac ; 2° Organes génitaux de la femme ; 3° Intestin ; 4° Sein ; 5° Cavité buccale ; 6° Peau.

CHAPITRE III

Statistique de l'Hôpital Sadiki

Comme nous l'avons dit plus haut, la statistique de l'Hôpital civil Français ne peut nous renseigner que sur la population européenne de Tunis. Les indigènes musulmans, lorsqu'ils se font hospitaliser, entrent à l'Hôpital Sadiki. Nous allons donc rechercher le nombre de malades admis dans cet établissement pour cancer, et nous obtiendrons une statistique comparable à celle que nous avons établi pour la population européenne.

Pendant les années 1925, 1926 et 1927, nous comptons 12.193 musulmans hospitalisés, dont 260 atteints de cancer, soit une proportion de 2,10 %.

Nous donnions pour l'Hôpital civil Français une proportion de 1,75 % de malades hospitalisés pour

cancer. Il apparaît donc que à l'Hôpital Sadiki, le pourcentage des cancéreux est sensiblement plus élevé.

Mais ici un facteur de comparaison nous échappe, qui serait donné par la répartition du nombre des lits dans les deux Hôpitaux. L'Hôpital indigène est, avant tout, un centre chirurgical et le mouvement des malades y est beaucoup plus important qu'à l'Hôpital Français, qui compte un nombre sensiblement égal de lits pour la médecine et pour la chirurgie.

Si nous établissons une répartition par localisation anatomiques des différents cancers observés chez les indigènes musulmans, nous obtenons les chiffres suivants :

Estomac.	33	Maxillaire	3
Uterus	41	Pancréas	7
Sein	20	Prostate	4
Intestin	20	Corps thyroïde	3
Foie	6	Face	24
Lèvres	5	Œil	4
Larynx	4	Cou	13
Ovaire	1	Cholidoque	1
Vessie	7	Vésicule biliaire.....	1
Testicule	1	Rein	1
Langue	6	Divers	54

Et nous remarquons que ces localisations sont sensiblement différentes que celles que nous indiquons pour la population non musulmane.

En effet, si nous établissons un ordre de fréquence pour la statistique européenne, nous obtenons :

Uterus	80
Estomac	44
Intestin	33
Sein	32

et ceci correspond à ce que nous trouvons dans les anciennes statistiques qui donnent comme siège le plus fréquent des cancers, le tube digestif et l'estomac particulièrement ou bien les organes génitaux de la femme.

Ainsi Tanchou, utilisant la statistique du département de la Seine de 1830 à 1840, trouve le cancer de l'utérus de beaucoup le plus fréquent. La statistique de Leichtenstein donne également la priorité au cancer de l'utérus. Par contre, celles de d'Espigne et de Virchow, à peu près de la même époque, placent au premier rang le cancer de l'estomac.

Dans la statistique que nous donnons pour l'Hôpital Sadiki, l'ordre de fréquence s'établit de la façon suivante :

Uterus	41
Cancers cutanés	37
Estomac	33
Intestin	20

Les organes génitaux de la femme sont ici, encore, les plus fréquemment atteints, mais nous voyons la deuxième place donnée aux cancers cutanés, alors que dans la statistique des non musulmans, nous ne trouvons que 8 cancers cutanés de la face contre 80 de l'utérus et 44 de l'estomac.

Ce grand nombre de tumeurs malignes cutanées chez les indigènes musulmans de Tunisie, nous a paru être digne de remarque et nous avons pu juger de son importance en suivant les consultations de notre maître, le Docteur Cassar, au Service de dermatologie de l'Hôpital Sadiki. Pendant le cours des années 1927 et 1928, nous avons eu l'occasion d'observer 27 épithéliomas de la face développés sur d'anciennes cicatrices.

CHAPITRE IV

Statistique démographique

Si nous comparons les deux statistiques de l'Hôpital Français et de l'Hôpital Indigène, nous constatons que le nombre des cancers est sensiblement le même chez les Européens et chez les Arabes de Tunisie.

Or, comme nous le disions au début de ce travail, tous les auteurs ont prétendus que l'Arabe tunisien est en général réfractaire aux néoplasmes malins. Ce n'est qu'en 1922 que, pour la première fois, R. Lacascade fit paraître dans le *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, un article mettant en doute cette opinion d'après un relevé de la statistique hospitalière de Sadiki.

L'erreur des travaux précédents a été d'établir une opinion définitive d'après l'étude de la statistique

démographique. Cette statistique nous donnerait, en effet, pour les dernières années, les chiffres suivants :

*Moyenne annuelle du nombre de décès par cancer
à Tunis.*

Période de	Français	Musulmans	Israélites	Italiens	Anglo-Maltaïes et autres	Généralités
1913-1917	44,6	18,4	8,4	15,8	5	63,4
1918-1922	49,4	19,8	11,4	18,8	5,8	75,2
1923-1927	24	28,6	15,2	26,6	5,2	99,6

*Moyenne annuelle des décès par cancer
pour 100.000 habitants.*

Période de	Français	Musulmans	Israélites	Italiens	Anglo-Maltaïes et autres	Généralités
1913-1917	65,7	23,2	44,1	37,0	57,6	36,2
1918-1922	87,3	25	59,9	44,1	66,8	43,7
1923-1927	85,9	34,5	62,9	60,3	72,8	53,5

*Proportion des décès par cancer
pour 100 décès généraux.*

Période de	Français	Musulmans	Israélites	Italiens	Anglo-Maltaïes et autres	Généralités
1913-1917	4,2	0,5	1,4	2	3,2	1,3
1918-1922	5,5	0,6	1,9	2,4	3,1	1,5
1923-1927	4,7	0,8	2,4	2,7	2,4	1,7

Ceci nous indiquerait que la mortalité par cancer, à Tunis, varie considérablement selon les races. Alors que les Européens conservent une mortalité sensiblement comparable à celle de leur pays d'origine, les musulmans ont un nombre beaucoup moins élevé de décès par cancer.

Ces chiffres correspondent-ils à la réalité? Il nous semble que non, si nous les mettons en regard de ceux que nous avons pu recueillir dans les services hospitaliers.

Si toute statistique prête à des erreurs inévitables, la proportion de ces erreurs doit être considérable, lorsqu'il s'agit d'une statistique démographique. Les constatations sont faites en général par des fonctionnaires non médecins ou par des médecins ne connaissant pas le malade. Il est d'ailleurs très souvent impossible, même au médecin le plus consciencieux, d'établir un diagnostic rétrospectif. Sur le simple examen du cadavre et d'après les renseignements inexacts ou peu précis fournis par les parents ignorant la maladie ou intéressés à en dissimuler la nature.

Ces causes d'erreurs prennent en Tunisie une importance considérable. Les indigènes, pour la plupart, sont incapables de donner au médecin un renseignement tant soit peu précis sur la marche ou l'évolution de la maladie. Par ailleurs, le musulman, sauf peut-être quelques exceptions dans les classes élevées, n'a pas encore pris l'habitude de faire appel au médecin en dehors des cas de maladie aiguë à évolution rapide, ou présentant un tableau clinique qui l'impressionne. Les affections chroniques sont souvent négligées ou

traitées par des moyens empiriques et le nombre est considérable des malades qui meurent sans qu'un diagnostic ait pu être porté.

Ceci nous explique la différence essentielle qui existe entre les statistiques des services hospitaliers et la statistique démographique. Nous pensons, comme le dit Auguste Lumière dans un récent article de l'*Avenir Médical*, que nous ne pouvons tirer des documents fournis pour les services officiels, aucune déduction, même approximative.

CHAPITRE V

Considérations étiologiques

Il est évident que les statistiques que nous venons de donner, ne peuvent nous aider beaucoup à résoudre le problème toujours entier de l'étiologie du cancer, nous pouvons cependant essayer d'examiner si elles confirment ou infirment quelques-unes des causes données généralement comme prédisposantes.

On a voulu donner à l'influence du climat, une grosse importance dans la répartition géographique du cancer, et on a prétendu que celui-ci serait une rareté dans les pays chauds. Les chiffres que nous donnons pour la Tunisie, ne confirment pas cette opinion. Les tumeurs malignes sont loins d'être une rareté pathologique à Tunis, et nous les rencontrons aussi fréquemment chez les Indigènes que chez les Européens. Ceci, d'ailleurs, est en parfait accord avec les recherches de

tes dernières années. Tous les auteurs, et Behla en particulier, tendent à admettre que le cancer se rencontre partout sous tous les climats, dans toutes les races, et qu'il suffit pour le découvrir que l'observation médicale puisse s'exercer dans de bonnes conditions. Les dernières enquêtes faites en Afrique et principalement au Maroc par Colombani, en Tunisie par Lacascade, nous prouvent combien est fausse l'ancienne opinion que les Arabes sont réfractaires aux néoplasmes malins.

Une autre influence donnée généralement comme prédisposante au cancer, est celle des irritations chroniques et des cicatrices.

Auguste Lumière, d'après les nombreuses observations qu'il a pu recueillir au centre anti-cancéreux de la région Lyonnaise, dans le Service du Professeur Bérard, indique un parallélisme incontestable entre la fréquence du cancer et la fréquence des lésions cicatricielles.

Un certain nombre de conditions sont d'ailleurs nécessaires pour que se produise la cancerisation d'une cicatrice :

1° La plaie doit avoir un temps très long à se repa-
rer, par suite de sa suppuration ou de toute autre
cause ;

2° La dégénérescence néoplasique de la cicatrice
n'apparaît que de longues années après la réparation
cicatricielle ;

3° Enfin, pour déclencher la prolifération, il faut
que la cicatrice soit soumise à un traumatisme secon-
daire.

Ce rôle incontestable des cicatrices dans la pathogénie du cancer, apparaît comme ayant une importance considérable. Il est hors de doute que la syphilis ou la tuberculose, pour ne citer que ces deux affections qui se manifestent souvent par des ulcérations ou des états irritatifs prolongés, doivent être tenus pour responsables d'un grand nombre de néoplasies.

Notre statistique de cancers pour les Indigènes musulmans de Tunisie, nous indique une proportion relativement énorme de cancers cutanés. Comme nous avons pu le constater en suivant les consultations de dermatologie de l'Hôpital indigène, la plupart de ces néoplasmes sont développées sur d'anciennes cicatrices dues généralement à la syphilis. Le nombre des syphilitiques est énorme chez les Arabes, la contagion date généralement du jeune âge et l'affection évolue très longtemps, sans que le malade s'en inquiète outre mesure. Il n'est pas rare, il est même fréquent, de voir un musulman porteur de plaies énormes depuis plusieurs années et ne suivant aucun traitement. Ces lésions spécifiques à évolution très longue et à lente cicatrisation seront, par la suite, très facilement frappées de dégénérescence cancéroïdale à l'occasion d'un traumatisme secondaire quelconque.

Il faut admettre par ailleurs que les lésions spécifiques ne sont pas seules à l'origine des cancers cutanés que nous avons pu observer en Tunisie. Les indigènes, en grande partie ouvriers, agriculteurs ou journaliers, sont plus que les autres soumis à de fréquents traumatismes et toute plaie même légère, risque de prendre chez eux une évolution chronique, par suite du

manque de soin et de l'ignorance des plus élémentaires principes d'hygiène.

En dehors des épithéliomas cutanés, si fréquents en Tunisie, les localisations anatomiques du cancer, nous paraissent être les mêmes chez les indigènes et chez les musulmans. Il faut donc admettre que les conditions étiologiques générales de la production des cancers sont les mêmes en Tunisie et en Europe. L'âge, le sexe, l'influence du milieu, l'hérédité, les diatèses et les relations morbides, l'alimentation, la contagion, peuvent être invoqués comme favorisant l'apparition du néoplasme malin chez les indigènes musulmans au même titre que chez les Européens.

Conclusions

I.— Le cancer épithélial atteint la population Européenne de Tunisie aussi fréquemment qu'en Europe.

II. — Contrairement à l'opinion généralement émise, le cancer épithélial est loin de constituer une rareté pathologique chez les musulmans tunisiens.

III. — La comparaison des statistiques de cancéreux chez les Européens et chez les Indigènes musulmans, permet même de conclure à une égale fréquence pour les deux races.

IV. — Les localisations anatomiques semblent toutefois différer et nous trouvons chez le Musulman une très forte proportion de cancers cutanés développés sur d'anciennes cicatrices.

V. — Il y a un intérêt majeur lorsqu'on veut prendre une notion approximative de la fréquence du cancer épithélial à ne pas se servir de la statistique démo-

graphique établie en Tunisie. La population indigène musulmane échappant habituellement au contrôle du médecin ou de l'état-civil.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	BÉRARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Mai 1928

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.

GHEUSI.

Bibliographie

Docteur GIRARD. — Le cancer en Tunisie. *Thèse de Paris*, 1912.

Docteur CONSEIL. — La mortalité par cancer à Tunis pendant les 15 dernières années. *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, 1923.

Docteurs BRUN et DELATRE. — Note sur le cancer dans les milieux indigènes. *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, 1926.

R. LACASCADE. — Contribution à l'étude du cancer en Tunisie. *Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer*, 1922.

P. MÉNÉTRIER. — Cancer, généralités. *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*.

Auguste LUMIÈRE. — Le cancer, maladie des cicatrices. *Avenir Médical*, février 1928.

— Que valent les statistiques du cancer? *Avenir Médical*, avril 1928.

ARATHOVN. — L'étiologie du cancer. *Thèse de Bordeaux*, 1903.

BERTILLON. — Statistique du cancer d'après des documents nouveaux. *Presse Médicale*, 1916.

MOLCO. — Quelques observations sur la pathologie des organes génitaux de la femme indigène. *Société des Sciences Médicales de Tunis*, 1902.

L. VAQUIER. — Rareté du cancer en Tunisie. *Bulletin de la Société Française d'O. R. L.* Congrès 1909.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Introduction	11
<i>Chapitre II.</i> — Statistique de l'Hôpital Civil Français	15
<i>Chapitre III.</i> — Statistique de l'Hôpital Sadiki .	19
<i>Chapitre IV.</i> — Statistique démographique	23
<i>Chapitre V.</i> — Considérations étiologiques	27
Conclusions	31
Bibliographie	33



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON °

° ° ° ° ° LYON ° ° ° ° °



